

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°
205

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DELAVAUD André-Pierre-Joseph-Eugène

Né à Châteauroux (Indre), le 12 juin 1902

Etude sur les dents
dans les kystes dermoïdes
de l'ovaire

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS
ÉDITIONS " SEMAINE DENTAIRE "
12, RUE DE HANOVRE (2^e)

1927

205

Etude sur les dents
dans les kystes dermoïdes de l'ovaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
DELAVAUD André-Pierre-Joseph-Eugène

Né à Châteauroux (Indre), le 12 juin 1902

Etude sur les dents
dans les kystes dermoïdes
de l'ovaire

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS
ÉDITIONS "SEMAINE DENTAIRE"
12, RUE DE HANOVRE (2^e)

1927



Le Doyen : M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
anatomie	NICOLAS.
anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
physiologie	ROGER.
physique médicale	STROHL.
chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
bactériologie	LEMIERRE.
parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
pathologie médicale.....	SICARD.
pathologie chirurgicale	LECÈNE.
anatomie pathologique	ROUSSY.
histologie	PRENANT.
pharmacologie et matière médicale	N.
thérapeutique	CARNOT.
hygiène	Léon BERNARD.
médecine légale	BALTHAZARD.
histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
pathologie expérimentale et comparée	N.
	GILBERT.
clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN.
clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
clinique ophtalmologique	TERRIEN.
clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
clinique thérapeutique.....	SERGEANT.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie
CHIRAY.....	Pathologie médicale
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimente.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.

MM.

HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYRUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgica
LE LORRIER...	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngolog
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgica
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgica
MONDOR.....	Pathologie chirurgica
MOURE.....	Pathologie chirurgica
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M. GOUGEROT..	Pathologie médicale.		M. GUÉNIOT.....	Obstétrique.
	M. RETTERER..			Histologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
UVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
HEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÆPER	Clinique médicale.
IGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
EREBoullet	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Pieux Hommage !

A MON PÈRE,

Monsieur PIERRE DELAUAUD,

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier d'Académie

Dont la vie fut un modèle de courage
et de travail et dont nous n'oublie-
rons jamais l'exemple d'honneur et
de loyauté qu'il nous a toujours
montré.

A MA MÈRE,

Sa vie, toute de sacrifice sera pour
nous un inoubliable exemple. Qu'elle
trouve ici un bien humble hommage
d'infinie tendresse et de profonde
affection.

A MES SŒURS GERMAINE ET MARIE-RENÉE,

Qu'elles soient assurées de notre fra-
ternelle tendresse et de toute notre
sollicitude.

AUX MEMBRES DE MA FAMILLE ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Avec nos sentiments de respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait d'accepter la présidence
de notre thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY.

INTRODUCTION

Avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à remercier ici tous nos Maîtres qui, tant dans les Hôpitaux qu'à la Faculté, contribuèrent à notre formation médicale. Nous tenons à saluer respectueusement la mémoire du Professeur A. Gilbert qui fut notre premier Maître et dont nous n'oublierons jamais les leçons cliniques si remarquables de clarté.

Nous tenons à remercier aussi notre ami, le Docteur Albert Bouland qui nous a inspiré le sujet de notre travail : qu'il trouve ici avec nos remerciements les plus vifs, l'assurance de notre sincère amitié.

A. D.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Les classiques divisent les kystes de l'ovaire en deux espèces :

1^o Les kystes mucoïdes ;

2^o Les kystes dermoïdes.

Les kystes mucoïdes ont des parois simplement fibreuses dont l'épithélium interne est formé de cellules muqueuses : leur contenu est un liquide filant, sirupeux, dont la couleur varie du jaune ambré à la nuance du café ou du chocolat. et qui doit cette consistance spéciale à une substance colloïde se rapprochant de la mucine.

Les seconds, *les kystes dermoïdes* ont une paroi dont la structure rappelle celle de la peau, paroi dermoïde revêtue de cellules ectodermiques : leur contenu est formé ordinairement par des produits cutanés.

Ces derniers seuls nous intéresseront et nous étudierons particulièrement un organe que l'on y trouve fréquemment : la dent.

Les kystes dermoïdes sont beaucoup plus rares que les kystes mucoïdes, Olshausen a réuni 2.275 cas provenant des séries d'ovariotomies faites par Spencer Wells, Keith, Schröder, Krassowski, A. Martin, von Braun, Esmarch et lui-même et sur ce nombre, il a rencontré seulement 800 cas de kystes dermoïdes, soit 3,5 pour 100.

Dans un rapport de la clinique Mayo, à New-York, il a été établi que sur 100 cas de kystes observés, 10 % de ces cas étaient des kystes dermoïdes.

Ils s'observent à tous les âges, on en a vu chez des petites

filles et chez des femmes très âgées, mais ils s'observent plus fréquemment à partir de l'âge de la puberté, surtout de 20 à 35 ans.

Cattermole rapporte le cas d'un kyste dermoïde de l'ovaire observé chez une petite fille de 8 ans ; après l'opération, l'examen de la tumeur révéla la présence de cheveux et de tissu osseux.

Les kystes dermoïdes siègent plus souvent à droite qu'à gauche. Ils sont quelquefois bilatéraux : sur les 100 cas observés à la clinique Mayo, 14 pour 100 étaient bilatéraux. Dans un travail datant de 1875, Pauly pouvait déjà signaler dans sa statistique de 117 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, que 20 fois il s'agissait de kystes bilatéraux.

Dans un travail récent, R. Lœwy et Guéniot en ont réuni 77 nouvelles observations.

L'existence de kystes bilatéraux est compatible avec l'état de gestation. Un auteur américain, Gellhorn, rapporte un cas où il s'agissait d'une femme enceinte de 4 mois, il enleva alors une des tumeurs, la grossesse continua à évoluer normalement et alla à terme. La femme eût même une seconde grossesse qu'elle mena à bien. C'est alors seulement que Gellhorn extirpa la seconde tumeur.

En dehors de ces cas de grossesse coexistant avec des kystes bilatéraux, les auteurs ont souvent observé, et les rapports en sont nombreux, la présence simultanée de kyste unilatéral et de grossesse : les femmes vont généralement à terme, redeviennent même enceintes sans avoir été opérées.

Le volume des kystes est très variable, généralement il est égal à celui d'une tête fœtale n'atteignant qu'exceptionnellement les amples dimensions des kystes mucoïdes. Le fait d'une poussée inflammatoire augmentant brusquement les proportions de leur contenu liquide, peut les faire devenir très volumineux.

Généralement, leur augmentation de volume est lente, ce qui favorise la production d'un long pédicule qui, durant la grossesse, peut se tordre ; quelquefois ils sont inclus dans le ligament large.

Le kyste de Kœberlé, opéré par M. Lejars, était très volumineux.

La surface interne de ces kystes rappelle par points l'aspect d'une peau macérée, son caractère distinctif est d'être tapissé de cellules ectodermiques : on y reconnaît l'épiderme avec sa couche cornée, son corps de Malpighi, ses annexes (poils, glandes sébacées, glandes sudoripares). Cette membrane d'enveloppe présente une épaisseur variable suivant les points considérés.

L'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire révèle l'existence d'éléments les plus variés : ils contiennent tous du sébum dans lequel se trouvent noyés, des cheveux, du tissu osseux, des dents, etc. — dont nous nous entretenons plus loin. Cette substance provient vraisemblablement de la sécrétion des glandes sébacées contenues dans la surface interne du kyste. *Cette masse sébacée* analogue au « *vernix caseosa* », analogue au mastic ramolli, forme parfois des espèces de boules isolées et flottantes donnant, comme dans un cas observé par Forgue, la sensation de ballottement.

Cette substance, qui peut avoir une consistance huileuse, renferme une grande quantité de cellules épithéliales, de cristaux d'acides gras et de cholestérine.

On y trouve aussi fréquemment des *cheveux* agglutinés par la matière sébacée, généralement de couleur fauve et roulés en peloton ou en petits chignons, pouvant présenter une très grande longueur.

Ces cheveux s'implantent généralement sur la papille.

Qu'est-ce que la papille ? Lorsqu'on examine la face interne d'un kyste dermoïde de l'ovaire, après l'avoir lavée sous un courant d'eau chaude, pour la débarrasser de la substance grasseuse qui la recouvrait, on constate qu'elle est irrégulière et tomenteuse.

Cette paroi présente toujours, en un point, un épaississement plus ou moins saillant que l'on nomme la papille et c'est sur cette petite saillie que viennent s'implanter les cheveux observés. La papille est d'ailleurs la partie la plus intéressante du kyste et c'est là que l'on doit rechercher ses éléments constitutifs (Pozzi) ; en ce point se trouve associés les différents éléments tissulaires dont la réunion forme la caractéristique des kystes dermoïdes de l'ovaire.

On y trouve aussi du tissu nerveux et de la substance

cérébrale ; constamment, d'après Wilms ; des filets nerveux (Monod et Legros) et même parfois ces filets nerveux se rendaient à des dents.

On a pu même observer des ongles et des mamelles.

Comme autres dérivés de l'ectoderme, nous trouvons d'une façon fréquente *des dents* : la littérature médicale rapporte un grand nombre de cas de kystes dermoïdes de l'ovaire contenant des dents. C'est particulièrement leur étude que nous avons en vue dans notre travail ; elle fera l'objet des chapitres qui vont suivre.

Les dérivés du mésoderme sont également représentés dans les kystes dermoïdes par du tissu osseux (maxillaires, os craniens), du tissu conjonctif, du tissu adipeux, du tissu cartilagineux et même du tissu musculaire.

Quant aux dérivés de l'endoderme, ils sont le plus souvent à l'état rudimentaire ; c'est ainsi que l'on a pu voir des rudiments d'appareil digestif et même d'appareil respiratoire !

Plus rarement, on a trouvé un tissu qui, à l'examen histologique, n'était autre que le tissu du corps thyroïde.

M. Lecène (1) a observé un cas semblable :

A l'ouverture, outre la matière sébacée et des poils abondants, se trouvait une dent. La paroi était lisse, sauf en un point où s'élevait cette dent, à la base on pouvait voir un nodule rougeâtre qui, examiné en coupes, révéla la présence d'un épithélium cubique non stratifié, absolument semblable à celui de la glande thyroïde adulte normale.

MM. Plauchu et Gaudon (2) ont eu l'occasion, à Lyon, de voir des faits analogues chez une femme de 21 ans, opérée d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Ce kyste contenait un fragment osseux pariétal avec du tissu identifié comme étant du tissu thyroïdien.

La nature thyroïdienne de pareilles formations n'a pas été admise par tous les auteurs.

Gottschalk y voit la dégénérescence colloïde d'une adénome folliculaire de l'ovaire.

(1) *Bull. et Mon. Soc. Anat. de Paris*, Année 1902, p. 485.

(2) *Lyon-Médical*, Année 1923, p. 1009 à 1011.

Bauer en fait un cystadénome de l'ovaire à structure d'apparence thyroïdienne.

Kretschmann admet qu'il s'agit bien de tissu thyroïdien, mais d'origine métastatique, la glande elle-même étant saine en apparence ou hypertrophiée.

Bref, ces différents éléments, dérivés de l'ectoderme, du mésoderme et de l'endoderme, peuvent se grouper parfois pour constituer des ébauches d'organes.

P. Ruge a trouvé dans un kyste dermoïde, au-dessous d'un os qui ressemblait à un maxillaire inférieur muni de molaires, une petite masse qui, par sa forme et sa structure acineuse, ressemblait à une glande sous-maxillaire.

Baumgarten a rapporté un fait des plus remarquables où le kyste, outre la peau, les poils et les dents, contenait un corps ressemblant à un œil pourvu d'une sorte de cornée convexe et d'un épithélium de la nature de celui de la rétine.

D'après Pozzi, ces kystes représentent des embryons rudimentaires, des embryomes suivant l'expression de Wilms. On peut même, dans certains cas heureux, arriver à reconstruire l'embryon, la tête correspondant à la papille.

Peut-on faire le diagnostic entre le kyste mucoïde et le kyste dermoïde par le simple examen clinique ?

Il semble que ce diagnostic soit difficile à faire ; certains auteurs ont émis quelques signes qui font différencier le kyste dermoïde du kyste mucoïde ; mais ces signes se prêtent assez à la critique n'étant pas décisifs.

On a indiqué pour les kystes dermoïdes, la possibilité de faire des impressions avec le doigt dans la tumeur remplie de mastic grasseux (Léopold) ; de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus sous forme de crépitation caractéristique (Kocher) ; la situation anté-utérine de la tumeur (signe de Küster), cet auteur (1) a insisté sur la tendance qu'auraient les kystes dermoïdes à se dé-

(1) Küster. — Ueber die Sackniere (*Dent. Méd. Woch.*), Année 1888, N^{os} 19 et 22.

velopper toujours sur la ligne médiane et à y revenir lorsqu'on les déplace au cours d'une exploration.

On a même invoqué la sensibilité douloureuse (signe de Lawson-Tait). On a aussi prétendu que s'il y a beaucoup de dents (ce qui arrive peu souvent, dans les cas rapportés, il y en a en général une ou deux) ou de fragments osseux, les doigts peuvent les sentir.

Comme on peut le voir, le diagnostic différentiel est assez difficile à faire ; parmi tous ces signes, aucun n'est pathognomonique. La radiographie pourra, dans certains cas, être d'une aide puissante. Quelques auteurs ont eu l'idée de radiographier de pareilles tumeurs avant et après l'opération pour confronter les résultats. Ils ont ainsi pu prévoir l'existence de dents et de fragments osseux. La radiographie des kystes dermoïdes de l'ovaire fera d'ailleurs, dans notre travail, l'objet d'un chapitre spécial.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Un cas de kyste de l'ovaire. — Présence de dents

Il s'agissait d'un kyste gros comme le poing contenant de la matière sébacée enrobant des touffes de poils libres dans la cavité. Dans la paroi était incrustée une plaque osseuse rectangulaire plus grande que l'ongle, et qui portait à une extrémité deux dents bien conformées, implantées sur un relief osseux comparable à un rebord alvéolaire, l'os à ce niveau était recouvert d'une muqueuse. Les dents avaient l'aspect de prémolaires, une troisième dent est apparue après nettoyage, elle ressemblait à une incisive inférieure de première dentition et ne possédait pas de racine.

Planchu et Gaudon.

Lyon-Médical, 1923.

OBSERVATION II

Deux kystes de l'ovaire chez la même malade

Il s'agit de deux kystes enlevés chez la même malade ; l'un à droite, gros comme une tête fœtale, l'autre à gauche, gros comme une forte orange. Chacun était rempli de matière sébacée et contenait un volumineux paquet de cheveux longs et châains, comme ceux de la malade (femme de 22 ans). L'un d'eux avait une dent, petite molaire implantée dans la paroi sur une pièce osseuse.

Les symptômes avaient été les suivants : ventre assez développé par une voûssure régulière, tendue, plutôt rénitente que fluctuante, coïncidant avec une masse arrondie, tendue et rénitente.

Potherat.

Soc. Chir. — 1919.

OBSERVATION III

Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire gauche et double kyste dermoïde de l'ovaire chez la même femme

C'était à gauche, un volumineux kyste multiloculaire contenant huit litres de liquide.

A droite, on sentait deux masses grosses comme une mandarine. Il s'agissait de deux kystes dermoïdes, l'un contenait une masse homogène, pâteuse, et l'autre un paquet de cheveux châtons, une masse ostéoïde et une jolie petite molaire.

C'était une particularité très intéressante de deux kystes développés dans le même ovaire.

Potherat.

Soc. de Chir. — 1919, p. 385.

OBSERVATION IV

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Présence de dent et de glande thyroïde dans la paroi du kyste

A l'ouverture de ce kyste, on nota de la matière sébacée et des poils en abondance. La paroi était lisse, sauf en un point où s'élevait une dent : à la base, un nodule rougeâtre ; à la coupe, on s'aperçut qu'il s'agissait d'un épithélium cubique, non stratifié, absolument semblable à celui de la glande thyroïde adulte normale.

Lecène.

Bull. Mém. Soc. Anat. — 1902.

OBSERVATION V

Tumeur mixte de l'ovaire muco-dermoïde dentifère à papille externe

Femme âgée de 29 ans et présentant depuis quelques mois des troubles dysuriques progressifs ; l'on ne relève absolument rien d'anormal dans les antécédents. Depuis trois mois, amaigrissement considérable : dix kilogs. L'examen révèle une volumineuse masse pelvienne qui en impose pour une annexite.

A l'intervention, l'on tombe sur une anse sigmoïde très adhérente et cloisonnant le petit bassin. Après libération de cette dernière, on trouve au contact même de la paroi intestinale une papille dermique armée de deux dents. Cette papille est située à l'extrémité d'une masse kystique, plaquée contre le fond et la paroi de l'utérus. Le petit bassin est comblé par un magma jaunâtre sébacé, englobant de nombreuses touffes de cheveux.

Ablation des annexes gauches, en rapport avec la tumeur kystique. Suites opératoires simples.

L'examen de la pièce opératoire nous montre les particularités suivantes : il s'agit d'une tumeur mixte de l'ovaire, muco-dermoïde.

La masse kystique du volume d'une grosse orange, 6 centimètres de large sur 9 centimètres de long, constitue la presque totalité de cette tumeur. Elle laisse échapper à son ouverture un liquide clair, gélatiniforme.

Le revêtement interne de ce kyste mucoïde, mince, blanchâtre, est absolument lisse, sans végétation, ni papille.

Le revêtement externe du kyste a un aspect tout différent, dermoïde. Il présente à l'un des pôles du kyste une volumineuse papille de 5 centimètres de long et de 2 centimètres d'épaisseur. A la base de cette dernière, existe un îlot osseux aplati soutenant deux dents bien développées et qui sont deux incisives dont l'une est crénelée. Au même niveau et tout autour de la papille, s'échappent de nombreuses mèches pileuses.

Cette papille est constituée en son centre par une nappe graisseuse dans lequel sont logés un noyau cartilagineux et plusieurs noyaux osseux de la grosseur d'une lentille.

Il s'agit donc d'un kyste mucoïde de l'ovaire auquel est annexée une paroi externe dermoïde, dont les éléments glandulaires, sébacés, en particulier, ont déversé leur sécrétion en pleine cavité péritonéale.

L'examen histologique a confirmé les données macroscopiques précédentes. La couche externe est constituée par un revêtement épithélial malpighien avec ses annexes : glandes sébacées et sudoripares.

La paroi interne est constituée par une simple couche de cellules aplaties, endothéliiformes.

Santy et Dunet.

Lyon-Médical. — 1922.

OBSERVATION VI

Kyste dermoïde de l'ovaire avec dents multiples

Femme de 30 ans. Multipare.

Ayant constaté que son ventre augmentait de volume, elle se demanda si elle ne serait pas enceinte et vint consulter l'accoucheur qui rejeta ce diagnostic et fit celui de tumeur ovarienne.

Elle présentait une tumeur médiane, globulaire, remontant jusqu'à l'ombilic, faisant une saillie marquée en avant, dans le décubitus dorsal ; la tumeur était indolente, dure, mais non solide, rénitente, tendue au maximum, mobile latéralement dans une petite étendue, en raison de la tension abdominale. Les règles n'ont jamais cessé, les seins n'ont pas augmenté de volume, l'utérus a un volume normal.

Ce qui fait la particularité de la pièce opératoire, c'est la multiplicité des dents qu'elle présente. Il n'y en a pas moins de six dont cinq sont portées sur une pièce osseuse unique, reproduisant la forme mandibulaire et la voûte palatine et disposées de la façon

suivante : d'abord trois petites molaires, deux contiguës, une troisième un peu isolée, puis un tubercule charnu ressemblant à un cuir chevelu et revêtu de nombreux poils, longs, grêles ; après ce tubercule, gros comme un lobe nasal, une canine très nette et un peu plus loin, une grosse molaire. Enfin, une dernière dent du type petite molaire est insérée sur la paroi même du kyste sans pièce osseuse sous-jacente. Ces dents sont très belles, du plus beau type comme forme et comme aspect. Au milieu de la masse sébacée qui remplissait le kyste, il y avait un gros paquet de cheveux, et ces cheveux étaient exactement de la couleur de ceux de la malade, blonds roux brûlés, couleur un peu spéciale. Les annexes droites sont saines.

Potherat.

Bull. Mém. Soc. Chir. — 1919.

OBSERVATION VII

Kyste dermoïde de l'ovaire avec dent cariée

Femme de 28 ans.

« Ce qui m'a incité à vous présenter cette pièce, c'est qu'elle montre une dent molaire petite, et que cette dent est atteinte de carie. C'est la deuxième fois que j'observe pareille lésion. Il s'agit plutôt actuellement d'une carie superficielle coronale ».

E. Potherat.

Soc. de Chir. (Présentation de pièces). Année 1920, p. 930.

OBSERVATION VIII

Dents incomplètes dans un cas de kyste dermoïde de l'ovaire

Mlle D..., 23 ans, présente une tumeur abdominale à point d'implantation pelvienne. Son ventre grossit depuis trois ans environ, mais c'est surtout dans ce dernier mois qu'il s'est mis à grossir beaucoup, gênant la malade, non seulement à cause des troubles que la masse lui occasionne mais surtout à cause des ennuis d'ordre moral (on la croit enceinte). La tumeur donne nettement l'impression d'un kyste de l'ovaire à développement abdominal, tumeur remontant jusqu'au diaphragme. Rien à signaler comme troubles du côté des règles, si ce n'est des règles un peu plus longues comme durée (1 à 2 jours de plus), si elle se fatigue trop.

Opération pratiquée le 31 octobre 1921.

Anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, le kyste est reconnu : masse volumineuse remontant très haut jusqu'à la coupole diaphragmatique libre, aucune adhérence.

On ponctionne le kyste pour le réduire : un liquide grumeleux sort en petite quantité ; pour pouvoir extérioriser le kyste, on est obligé de prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic.

Le kyste enlevé, on reconnaît qu'il est développé aux dépens de l'ovaire droit. L'ovaire gauche n'a rien.

Le kyste a le volume d'une grosse tête d'adulte. La surface externe est lisse, il ne présentait, du reste, aucune adhérence avec les organes voisins, ni avec la paroi, elle est de coloration jaunâtre.

A l'ouverture, on se rend compte qu'il s'agit d'un kyste dermoïde : sébum, poils, deux dents incomplètes et une formation cartilagineuse de la grosseur d'une pièce de deux francs environ. A l'une des extrémités de la surface interne, on note plusieurs poches contenant également du sébum.

H. Haller.

Paris-Chirurgical. Année 1922, page 588.

OBSERVATION IX

Kystes bilatéraux. — Dents dans le kyste gauche

Mme H..., 58 ans, est adressée pour tumeur abdominale à point de départ pelvien. L'étude de l'histoire de la maladie et l'examen de la malade permettent de faire le diagnostic de kyste de l'ovaire en voie de torsion et non pas de fibrome comme la malade le pensait.

L'opération est pratiquée le 4 mars 1922 à la rachianesthésie, elle permet de faire l'ablation de deux kystes de l'ovaire.

1^o Kyste de l'ovaire gauche, du volume d'un gros poing, en torsion d'un quart sur son pédicule. Il contenait du sébum, des poils et des dents.

2^o Kyste de l'ovaire droit du volume d'une noix à surface externe ayant la consistance du coton, à adhérences épiploïques à son niveau et contenant du sébum et des poils.

H. Haller.

Paris-Chirurgical. — Année 1922, page 588.

OBSERVATION X

Vingt-quatre dents dans un kyste dermoïde de l'ovaire

Cette tumeur a été enlevée à Lyon, par M. Patel. Une dissection minutieuse a permis de trouver vingt-quatre dents.

« Mais ce qui fait surtout l'intérêt de l'observation d'aujourd'hui c'est que, en examinant attentivement les dents au point de vue de leur forme et de leurs caractères anatomiques, j'ai remarqué que, sur les vingt-quatre dents : dix présentent la caractéristique des dents temporaires et quatorze l'aspect des dents permanentes. De plus, ces dents avaient tous les caractères des dents supérieures.

Donc, sauf les deux canines permanentes qui sont absentes, nous rencontrons ici la denture complète temporaire et permanente de maxillaire supérieur.

« Si vous examinez la radiographie, vous constaterez, en outre, que ces dents sont rangées sur une véritable arcade : le bloc des incisives étant en avant, tandis qu'en arrière et latéralement sont rangées les prémolaires et les grosses molaires ».

On peut constater aussi, enfin, que la plupart de ces dents, les



Fig. 1

incisives en particulier, présentent au niveau de leur couronne des pertes de substance simulant la carie dentaire. Ces lésions sont assez fréquentes sur les dents des kystes dermoïdes de l'ovaire.

« En somme, ce kyste nous a paru intéressant parce qu'il renfermait une masse osseuse dont l'aspect rappelait le massif maxillaire supérieur, au sein duquel se trouvaient les deux dentures temporaire et permanente, et parce qu'à notre avis, les cavités que présentent certaines de ces dents ne sont signe ni de la carie, ni du processus de résorption, mais sont dues à des troubles de la calcification de l'émail ».

A. Pont.

La Province Dentaire, in *La Semaine Dentaire*,
8 Août 1926, page 661.

OBSERVATION XI

Dix dents bien formées, avec maxillaire inférieur dans un cas de kyste dermoïde de l'ovaire

Mme D..., 25 ans, 2 enfants. Pas d'antécédents familiaux. Envoyée consulter le 21 mars 1920, par le médecin de la famille. Depuis cinq mois, elle se plaignait de douleurs dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Cette douleur était atroce et accompagnée d'une constipation opiniâtre et d'une envie constante d'uriner. Un court repos au lit suffisait pour faire disparaître tous ces symptômes. Elle s'aperçut alors qu'il existait une petite masse au-dessus de la symphyse pelvienne, un peu à droite de la ligne médiane. Cette masse disparaissait dans le décubitus dorsal.

L'examen pratiqué révéla une tumeur de la grosseur d'une orange située en avant et un peu à droite de l'utérus. Elle se déplaçait aisément en produisant une douleur aiguë, sans faire participer l'utérus à ce mouvement.

On pratiqua l'opération le 24 mars 1920 et la tumeur fut extraite sans aucune difficulté.

Elle était un peu plus grosse que le poing d'un homme, de couleur foncée et fortement congestionnée. Le pédicule était très tordu et fortement serré. Ce kyste contenait 1.000 centimètres cubes d'un liquide huileux, de la matière sébacée, un petit chignon de cheveux châtons clairs, un maxillaire inférieur bien conformé, dix dents bien faites et quelques petites pièces osseuses et cartilagineuses, irrégulières. Les symptômes observés plus haut pouvaient être rattachés à la torsion du pédicule.

La malade eut des suites opératoires fort simples et sortit de l'hôpital le 11 Avril 1920.

Benjamin Rush Mc Clellan.

The Am. Journ. of Obst. et Gyn. Février 1921, n° 5.

OBSERVATION XII

Kyste de l'ovaire contenant des dents

« Examinant, en Avril 1924, un kyste dermoïde de l'ovaire enlevé chez une de nos malades, femme de 38 ans, enceinte de trois mois, nous constatâmes, à l'ouverture, la présence de quatre dents à couronnes entièrement formées, régulièrement implantées dans une masse osseuse rappelant grossièrement la forme d'une calotte crânienne.

De la matière sébacée remplissait la cavité du kyste. Elle recouvrait une substance blanchâtre, formée probablement de tissu nerveux. Les quatre dents paraissaient présenter les caractères des dents normales ; couronnes entièrement revêtues d'émail, cuspides bien formés et implantation régulière.

Elles n'étaient pas mobilisables à la main.

Avaient-elles des racines ? L'extraction ou un examen radiographique nous permettaient seuls de le vérifier.

La première dent présentait deux gros cuspides et trois petits assez semblables à ceux d'une molaire supérieure ; elle était implantée normalement ; la couronne dépassait de quatre à cinq milli-

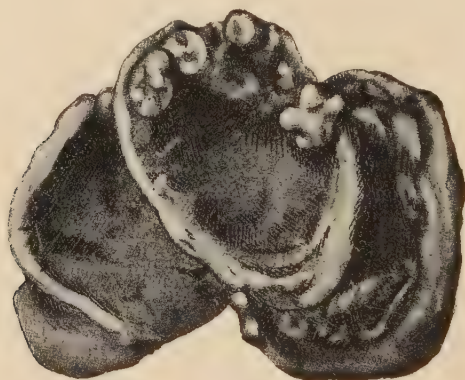


Fig. 2

mètres, le « bord alvéolaire ». La deuxième dent présentait les caractères d'une prémolaire supérieure permanente ; son volume était celui d'une deuxième prémolaire normale, ses cuspides étaient peu saillants, la couronne dépassait de quatre millimètres le bord de la surface osseuse.

La troisième dent présentait les caractères d'une canine permanente du haut ; cependant, elle était petite, légèrement en rotation sur l'axe.

La quatrième dent présentait, comme la première, les caractères d'une molaire ; ses cuspides étaient réguliers (cinq cuspides) ; sa couronne dépassait également de quatre millimètres le bord alvéolaire.

L'examen radiographique nous montra que les deux molaires n'avaient pas de racines, tandis que les deux dents rappelant, l'une une canine supérieure, l'autre une prémolaire, avaient une

racine entièrement développée avec chambre pulpaire et canal dentaire. Les épreuves ci-dessous montrent l'aspect radiographique de la pièce osseuse et des dents.

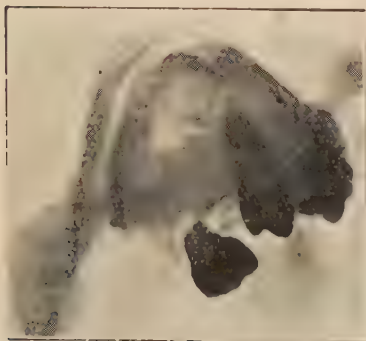


Fig. 3

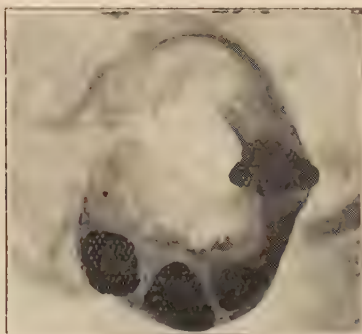


Fig. 4



Fig. 5

Radiographie montrant l'aspect des cinq dents contenues dans le kyste (Agrandissement).

La figure 3 est une radiographie prise obliquement, la plaque étant placée sur un côté de la calotte osseuse (le côté gauche).

La figure 4 est une vue en plan, la plaque étant disposée contre la face triturante des dents.

La figure 5 est une vue oblique agrandie en projection, la plaque radiographique étant placée sur un côté de la calotte osseuse (côté opposé à celui choisi pour l'obtention de la figure 3).

On remarque en particulier sur cette épreuve les détails de la structure des deux dents que nous avons qualifiées de canine et prémolaire.

On voit aussi les trabécules du tissu osseux et, à l'intérieur de la masse, une petite dent mal formée, ce qui fait que le kyste contenait quatre dents à peu près bien constituées, plus une dent mal formée, incluse à l'intérieur de la masse osseuse.

Signalons que la malade fit, au quinzième jour, une fausse couche, le fœtus examiné ne présentait aucune malformation ».

H. Godard et A. Bouland.

A propos d'un Kyste de l'ovaire contenant des dents. — *La Semaine Dentaire*, 31 Mai 1925, page 548.

OBSERVATION XIII

Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire avec dents incluses enlevé par colpotomie antérieure

Il s'agissait d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire enlevé par colpotomie antérieure.

Femme de 21 ans, mariée, nullipare, entre à l'hôpital pour appendicite, tumeur kystique dans la région de la fosse iliaque gauche.

Le contenu du kyste était en grande partie liquide. Ce kyste se présentait sous forme d'une grande tumeur irrégulière, globuleuse, allongée dans le sens vertical, à l'extrémité supérieure plus volumineuse que l'inférieure.

Après évacuation du contenu liquide, deux masses osseuses (pyramidale et lenticulaire) forment relief. La masse se trouvant dans la loge supérieure était disposée transversalement et rappelait un maxillaire inférieur avec ébauche du rebord alvéolaire et contenait des dents.

La masse osseuse pyramidale contenait vingt-trois dents et la masse osseuse lenticulaire deux, toutes à des stades d'évolution très divers, depuis le capuchon amélo-dentaire de la calcification, jusqu'à la dent avec les deux tiers de sa racine calcifiée correspondant au moment où elle apparaît dans la cavité buccale. Des vingt-six dents, huit n'étaient pas calcifiées dans leur portion radiculaire, ce qui existait dans les seize restantes, mais aucune ne présentait une formation apicale complète.

Quant à la configuration extérieure des dents, trois correspondaient au type incisive, deux ressemblaient aux prémolaires, quatre à des molaires temporaires et les seize restant à des molaires per-

manentes, mais très irrégulières. Aucune ne présentait une forme conoïde.

Il en existait trois, franchement multiradiculaires, dans leur contour extérieur, mais dans aucune d'elles la calcification n'était commencée.

Dans l'ensemble, d'après le stade d'éruption, par rapport à la superficie de la masse osseuse, quinze étaient totalement ou partiellement incluses à l'intérieur (dans la portion lenticulaire) et étaient en pleine éruption ; les autres semblaient complètement évoluées.

Quelques-unes présentaient une part de leur superficie radicu-



Fig. 6

laire au découvert, mais il est évident que ceci n'avait aucun rapport avec le processus d'expulsion comme celui que l'on observe dans la pyorrhée, si ce n'est un trouble de calcification péri-radriculaire.

Par rapport aux cavités alvéolaires, dans une des dents de la portion lenticulaire existait une large zone occupée par le sac dentaire interposée entre la face externe de la dent et le côté interne de l'alvéole, zone qui était facilement visible.

Sur des coupes de dents, variété incisive, on observe des lésions caractéristiques de (l'érosion ?) dentaire et de l'émail rachitique dans la portion coronaire ; il existe d'abondantes résorptions externes, absence absolue de cément, dans la portion radriculaire.

La pièce osseuse lenticulaire paraissait être due à la masse alvéolaire calcifiée à l'entour des dents en désarroi dans l'épaisseur de la membrane kystique.

La pièce pyramidale qui, toutefois, gardait une ressemblance avec les régions antérieures d'un maxillaire d'herbivore, semblait s'être calcifiée du sommet vers la base, toujours secondairement au désarroi des dents contenues dans celle-ci, et recevant ses élé-

ments nutritifs par la région qui est située vers la face supérieure et proche de la base paraissant être le point principal de réunion des tubercules qui la constituaient. La base, presque plate, paraissait s'être formée par compression contre les parois du kyste.

Chucco.

Semaine Médicale de Buenos-Aires, n° du
5 Octobre 1922, page 679.

OBSERVATION XIV

Kyste dermoïde de l'ovaire avec maxillaire et nombreuses dents

MM. Patel et Labry ont présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon, un kyste de l'ovaire où l'on voit des touffes de poils, des dents bien formées avec collet et racine au nombre de douze, et un arc osseux à type mandibulaire avec deux molaires très nettes et une sorte de voûte palatine en partie effondrée.

Société Nationale Médicale et des Sociétés Médicales de Lyon, 29 Avril 1925.

CHAPITRE III

EXAMEN HISTOLOGIQUE D'UNE DENT PROVENANT D'UN KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE

Il est intéressant de connaître, au point de vue histologique, la nature des dents provenant des kystes dermoïdes de l'ovaire.

A notre connaissance, cette étude particulière des dents n'a pas été faite par les chirurgiens qui ont rapporté les observations. Le compte rendu suivant provient d'une pièce du cas de Godard et Bouland (voir observation n° 12) et a été fait par le docteur de Kervily, préparateur d'histologie à la Faculté de Médecine de Paris. La pièce choisie était celle, qui, plus que les autres, présentait les caractères morphologiques d'une dent normale.

Après fixation par le formol, une dent a été prise, avec son alvéole, pour l'examen histologique. La pièce a été décalcifiée par une solution d'acide picrique, puis, après inclusion dans la paraffine, a été coupée en entier suivant le grand axe de la dent.

La dent a une longueur de quinze millimètres et une largeur maximum de six millimètres à la base de la couronne. La couronne est cylindroïde avec deux cuspides séparés par un sillon peu profond. Les deux cuspides sont presque au même niveau ; l'un de ces cuspides se termine par un angle plus aigu.

La racine n'a aucune tendance à devenir bifide. Ces caractères montrent qu'il s'agit d'une deuxième prémolaire inférieure (fig. 7).

La couronne est creusée à son centre d'une cavité ovoïde qui se prolonge, en se rétrécissant un peu, dans toute la longueur de la racine, et aboutit à l'orifice inférieur. Cette région centrale de la dent, dans la moitié supérieure de sa portion coronaire, est remplie par un liquide légèrement

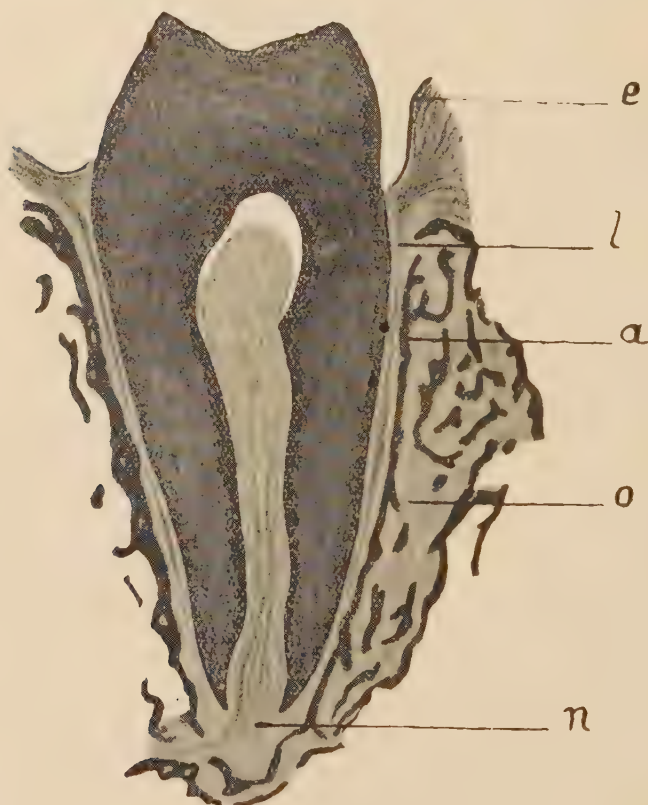


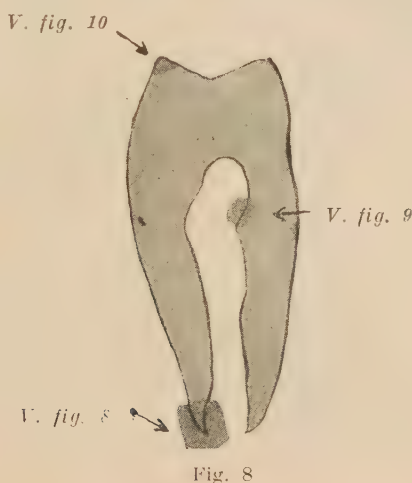
Fig. 7

albumineux qui s'est coagulé par les réactifs. Ce n'est pas une production artificielle de rétraction, car la pièce est bien fixée. Il y a là un phénomène de dégénérescence, et les odontoblastes deviennent vacuolaires de plus en plus nombreux à mesure qu'en les examinant, on s'approche de cette région.

La pulpe, qui ne remplit pas, comme elle le fait dans une dent normale, toute la cavité, occupe environ un tiers de

l'épaisseur de la dent, ainsi que dans une dent d'un adulte jeune. Elle est constituée d'un tissu conjonctif abondamment vacuolaire, dont les cellules et leurs prolongements fibrillaires anastomosés se trouvent dans une substance amorphe. On voit de nombreuses fibres nerveuses qui se réunissent en gros faisceau au voisinage de l'extrémité profonde de la racine (fig. 7 et 9).

A la surface de la pulpe, se trouve une rangée régulière d'odontoblastes allongés perpendiculairement à la surface



de l'ivoire, comme dans les dents jeunes. Il n'en existe pas d'ovoïdes et aplatis comme on en voit dans les dents qui ont achevé leur développement. En approchant de la couronne, on voit des odontoblastes vacuolaires de plus en plus nombreux (fig. 10).

Les prolongements internes des odontoblastes s'anastomosent avec les prolongements des cellules conjonctives.

Les prolongements externes pénètrent dans l'ivoire et ces fibres de Tomes sont très nettes.

La région de l'ivoire voisine des odontoblastes est régulière ; plus loin, il existe un grand nombre de masses globuleuses de volume varié et devenant confluentes. Auprès de la surface externe de l'ivoire, il existe une couche granuleuse.

Le ciment est extrêmement mince. Il a au plus quarante

millièmes de millimètre d'épaisseur et au lieu de voir, comme à l'état normal, plusieurs cellules osseuses super-

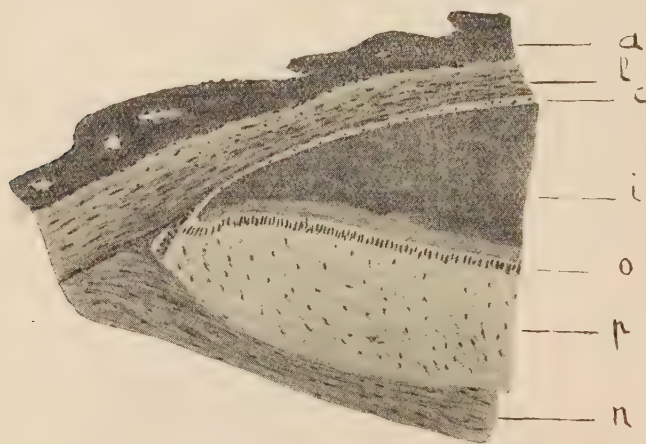


Fig. 9

posées, on ne voit qu'une seule cellule, ou deux tout au plus par endroits, formant toute l'épaisseur du ciment. Parfois, même, le ciment manque et le ligament alvéolo-dentaire vient directement en contact avec l'ivoire.

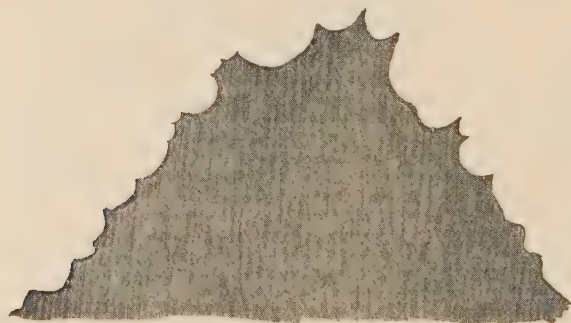


Fig. 11

On peut retrouver des traces d'émail ; il est extrêmement mince, n'ayant que dix à quinze millièmes de millimètre d'épaisseur, et il présente des pointes aiguës sur sa surface.

Cette minceur de l'émail, formation épithéliale, peut être rapprochée de la minceur de l'épithélium qui se trouve dans la région qui correspond à une gencive.

Dans la bouche, on trouve, sur la gencive, un épithélium stratifié formé d'une quinzaine de couches de cellules superposées. Ici, il n'y a qu'une couche épithéliale très mince, trois ou quatre cellules seulement, très aplaties et reposant sur un derme sans papilles.

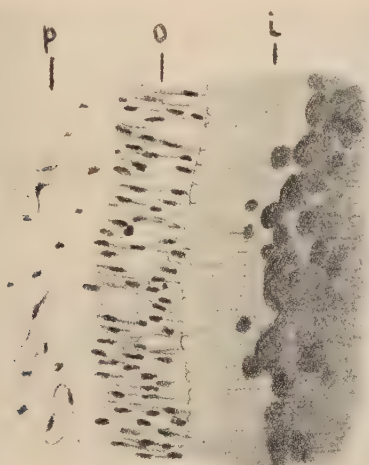


Fig. 10

Autour de la racine de la dent, on voit le tissu conjonctif fibreux, formant le ligament alvéolo-dentaire, et plus loin, l'alvéole osseux, laisse l'os compact en dehors de laquelle se trouve l'os spongieux.

En résumé, cette dent, qui a les caractères d'une deuxième prémolaire inférieure, a la structure d'une dent normale jeune, mais avec un ciment et un émail très peu développés.

Il ne nous a pas été donné de trouver d'autres description, l'examen rapporté est celui d'une dent trouvée dans un cas de kyste, il ne peut donc se rapporter à toutes les dents trouvées dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. Pourtant, M. Pont, qui a examiné semblables dents, semble être d'accord avec M. de Kervily dans ses résultats obtenus.

CHAPITRE IV

DES DENTS CONTENUES DANS LES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

Les dents sont des éléments que l'on retrouve fréquemment dans les kystes dermoïdes de l'ovaire ; c'est un fait quasi-banal, et nombreuses sont les observations qui en mentionnent la présence. Nous avons réuni les plus typiques. Malheureusement, la plupart des auteurs citent le fait, mentionnent la présence de dents, sans en indiquer la morphologie, la nature exacte, le mode d'implantation, choses qui seraient vraiment intéressantes.

Nous allons essayer de donner un aperçu de la nature, du nombre, de la position et de l'état de ces dents...

Le nombre des dents contenues dans les kystes dermoïdes de l'ovaire est très variable

Le plus fréquemment, on n'en trouve qu'une, deux ou quatre au maximum. Ces chiffres n'ont rien d'absolu et, dans certains cas, on a pu observer un nombre considérable de dents, il est vrai que ce ne fut qu'exceptionnellement.

Potherat (observation n° VI) rapporte un cas de kyste contenant six dents.

Chueco, de Buenos-Aires, dans une observation publiée en 1922, a trouvé pas moins de vingt-cinq dents dans un kyste dermoïde (observation n° XIII).

A Bar-le-Duc, M. Brodier a opéré une femme d'un kyste contenant sept dents implantées sur un « maxillaire inférieur ».

Plus récemment, Pont, de Lyon, a eu l'occasion d'observer un kyste de l'ovaire contenant vingt-quatre dents, toutes très belles.

Schnabel a trouvé jusqu'à cent dents et Autenrieth a décrit un cas où 300 dents furent enlevées d'un kyste dermoïde qui en contenait encore !

Ces dents se trouvent le plus souvent implantées sur un massif osseux, qui, dans certains cas, peut avoir tout à fait l'apparence d'un maxillaire, surtout d'un maxillaire inférieur.

Un fait est à noter, c'est que la dimension de ce maxillaire « ovarien » est bien moindre que celle du maxillaire « buccal ». Le tissu osseux est de bien pauvre apparence, il consiste principalement en tissu défectueux (Mac Eccles).

L'élément osseux n'est pas constant, et parfois on a pu observer des dents insérées dans les parois du kyste et même enfoncées dans le tissu. D'autres dents, enfin, ont été trouvées entourées de tissu fibreux d'où émergeait seulement la couronne comme elle émergerait de la gencive.

On a rencontré aussi des cas isolés de dents enfermées dans un petit sac fibreux et qui est relié avec la paroi ou la tumeur elle-même par une petite bandelette en tissu tendineux.

Comment ces dents sont-elles insérées ?

Dans la plupart des cas, les dents, provenant des kystes dermoïdes de l'ovaire, ont des racines qui n'atteignent pas leur développement normal, aussi leur insertion est-elle très variable. Un grand nombre de dents se trouvent insérées dans des alvéoles qui sont tantôt ossifiées, tantôt ramollies et parfois tantôt cartilagineuses.

Ces dents ne présentent aucune forme définitive et sont souvent disposées irrégulièrement.

D'après Hollender, elles sont toujours orientées et inclinées vers l'axe médian du corps.

Si certains auteurs ont observé des dents implantées irrégulièrement, il n'en est pas toujours ainsi.

M. Pont, de Lyon, rapporte l'observation d'un kyste contenant des dents (24), et ces dents étaient rangées régulièrement sur une véritable arcade : le bloc des incisives

était en avant, tandis qu'en arrière et latéralement étaient rangées les prémolaires et les grosses molaires. C'était là, la disposition typique des dents sur une mâchoire normale (observation n° X).

Certains auteurs, comme Steinhoff, prétendent que l'on observe le plus souvent la présence de dents permanentes. Sur 23 cas, observés par lui, il a noté pour la plupart la présence de dents permanentes, tandis que les dents temporaires n'ont été observées que dans des cas isolés. Dans un des kystes observés, il a même pu trouver à la fois des dents permanentes et des dents temporaires. Voici le résultat de ces observations, il a noté la présence des dents dans l'ordre suivant :

1° Uniquement des dents temporaires,

2° Uniquement des dents permanentes,

3° Les deux espèces de dents,

4° Des dents dont le caractère ne peut être défini, étant donné qu'elles présentent un aspect que l'on ne rencontre ni chez les dents temporaires, ni chez les dents permanentes.

L'observation de M. Pont montre la présence des deux sortes de dents temporaires et permanentes.

Sur 24 dents, l'auteur a remarqué que dix présentaient la caractéristique des dents temporaires et quatorze l'aspect des dents permanentes. Donc, sauf les deux canines permanentes qui étaient absentes, on rencontrait, dans ce cas, la denture complète temporaire et permanente du maxillaire supérieur.

On note que très rarement dans la littérature médicale, la présence de dents temporaires, il faut remarquer qu'on ne rencontre ces dents que dans quelques cas isolés.

Quelle est la période d'éruption de ces dents « kystiques », par rapport aux autres dents du porteur ?

Il semble que, d'après les recherches de Mac Eccles et Hopewell-Smith, que « cette période d'éruption des dents dermoïdes ne coïncide pas avec la période d'éruption des dents de la femme porteuse du kyste ; mais elle serait probablement plus précoce et leur croissance semblerait plus rapide ».

La morphologie des dents provenant des kystes dermoïdes de l'ovaire est le plus souvent anormale. Rarement

présentent-elles les caractères typiques des dents normales ; leur origine ovarienne est toujours rappelée soit par un manque de racines, soit par une couronne imparfaite, soit par leur dimension plus petite.

Bien souvent les racines sont absentes simplement et il est un fait curieux à observer, c'est que dans le même kyste, il y a plusieurs dents dont les unes possèdent des racines, alors que d'autres n'en ont pas. Pareille remarque se retrouve dans l'observation de MM. Godard et Bouland.

Sur quatre dents observées par ces auteurs, l'examen radiographique montra que les deux molaires n'avaient pas de racines, tandis que les deux dents rappelant, l'une une canine supérieure, l'autre une prémolaire, avaient une racine entièrement développée avec chambre pulpaire et canal dentaire ! (voir figures 3 et 4).

Il est un curieux phénomène à noter du côté des racines polyradiculaires : on observe très souvent la fusion de ces racines en une seule. La troisième molaire, qui en bouche n'a fréquemment qu'une racine, n'a aussi qu'une racine dans les cas observés.

On a même noté la formation gémellaire, c'est-à-dire la fusion de deux prémolaires par leurs racines, il est vrai que cela n'a été vu que dans des cas tout à fait exceptionnels (Steinhoff).

La couronne est aussi défectueuse ; elle peut même manquer totalement, ou par sa forme ne répondre à aucun type défini.

Dans le cas de MM. Godard et Bouland, les couronnes des quatre dents étaient parfaites et entièrement formées.

Elles présentaient des cuspidés typiques :

La première : deux gros cuspidés et trois petits assez semblables à ceux d'une molaire supérieure ; la couronne dépassait de 4 à 5 millimètres le « rebord alvéolaire » ;

La seconde dent avait des cuspidés peu saillants, la couronne dépassait de 4 millimètres le bord de la surface osseuse ;

La troisième était petite en légère rotation sur l'axe, la quatrième présentait les caractères d'une molaire, ses cuspidés étaient réguliers (5 cuspidés) ; sa couronne dépassait également de quatre millimètres le rebord alvéolaire.

Par conséquent, ces dents présentaient des faces triturantes et ce fait a été quelquefois observé, même en l'absence de dents antagonistes.

Maurer prétend que les faces triturantes spécialement formées par le mécanisme de la mastication, sont aussi observables sans ce mécanisme, puisqu'on en observe dans les dents provenant des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Steinhoff a observé un cas où il y avait articulation exacte de la dent du haut avec son antagoniste du bas.

Ces dents reçoivent du sang, certains anatomistes ont trouvé des vaisseaux sanguins et des filets nerveux pénétrant par les racines.

L'examen histologique d'une dent provenant d'un kyste dermoïde de l'ovaire que nous avons rapporté plus haut, a montré qu'à ce point de vue aussi, les dents ne sont point comparables aux dents normales :

Le ciment est extrêmement mince, il a au plus 40 millièmes de millimètre d'épaisseur ; une seule cellule ou deux tout au plus forme toute l'épaisseur du ciment, alors que, dans une dent normale, cette épaisseur est constituée par plusieurs rangées de cellules. Il manque même par endroit, et le ligament alvéolo-dentaire vient directement en contact avec l'ivoire.

L'émail est aussi très mince ; parfois on ne peut en trouver que des traces. Il n'a souvent que dix à quinze millièmes de millimètre d'épaisseur, et il peut présenter des pointes aiguës à sa surface (fig. 11). Cette minceur de l'émail, formation épithéliale, peut être rapprochée de la minceur de l'épithélium qui se trouve dans la région qui correspond à une gencive.

Dans la bouche, on trouve sur la gencive, un épithélium stratifié formé d'une quinzaine de couches de cellules superposées. Dans ce cas, il n'y a qu'une couche épithéliale très mince, 3 ou 4 cellules seulement, très aplaties et reposant sur un derme sans papilles.

La pulpe, elle, ressemble assez à la pulpe d'une dent normale, contenant, comme elle, de nombreux vaisseaux sanguins et le nerf constitué par de nombreuses fibres nerveuses se réunissant en gros faisceau au voisinage de l'extrémité profonde de la racine (voir figure 7).

En résumé, dans ces dents « ovariennes » on ne peut que constater la minceur extrême de l'émail et du ciment. Tous les auteurs sont d'accord à ce point de vue. — Pont, de Lyon, corrobore ces faits : ayant examiné au point de vue de leur constitution histologique de pareilles dents, ses conclusions sont les mêmes.

Quel est le type de dent le plus fréquemment observé ?

Les auteurs sont à peu près d'accord pour répondre à cette question. Il semblerait que les prémolaires et les molaires sont en nombre prédominant.

Pour Mac Eccles et Hopewell-Smith, ce serait la forme prémolaire et canine la plus souvent notée.

Steinhoff a étudié 55 dents provenant de kyste dermoïde de l'ovaire ; il les a soigneusement observées et décrites : il nota :

5 incisives	(ayant le caractère).
4 canines	—
28 prémolaires	—
15 molaires	—
1 dent amoïde	—
2 dents indéfinissables.	

—
55

Les prémolaires sont au nombre de 28 et les molaires au nombre de 15, ce qui tendrait à prouver qu'elles se rencontrent plus fréquemment ; mais les autres variétés se rencontrent également.

Les conclusions de Steinhoff seraient les suivantes : « on peut considérer comme un fait réel constant, la prépondérance numérique des molaires sur les incisives et de ces dernières sur les canines, fait qui est peut-être en concordance avec le phénomène identique se produisant dans la bouche ».

D'après nos observations rapportées au chapitre II, nous voyions qu'il y a aussi prédominance de molaires et de prémolaires, ce qui tendrait à confirmer la théorie de Steinhoff.

En effet, voici la nomenclature des dents dermoïdes que l'on a trouvé dans nos observations :

Observations	Incisives	Canines	Prémolaires	Molaires
I	1		2	
II				1
III				1
V	2			
VI		1		5
VII				1
XII		1	1	2
XIII	3		2	20
	6	2	5	30

Dans un certain nombre d'observations, leurs auteurs ont simplement cité le fait banal de la présence des dents, sans en indiquer leur type ou leur nature : nous n'avons pu, par conséquent, en tenir compte pour l'établissement de ce tableau.

Les chiffres indiqués plus haut n'ont, certes, qu'une valeur très relative, ne portant que sur un nombre restreint d'observations. Il est vrai que peu nombreux sont les cas où le type exact des dents soit nettement indiqué.

Quoi qu'il en soit, ce tableau nous montre que les auteurs ont observé dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, qu'ils ont eu à examiner, 30 molaires (observations II, III, VI, VII, XII, XIII).

Presque partout l'on a vu des molaires.

Ensuite viennent les incisives et les prémolaires, puis les canines.

Les dents provenant de kystes dermoïdes de l'ovaire, présentent fréquemment des phénomènes de dégénérescence, de nombreux auteurs en ont signalé l'existence.

C'est ainsi que R. Meyer et Jules Steinhoff notèrent, dans leurs recherches, des processus qu'ils désignèrent sous le nom de résorption ; ils se rapportent principalement aux racines de dents temporaires, mais aussi quelquefois aux dents permanentes. Dans deux cas, il s'agissait d'un véritable changement de dents : la dent de remplacement ayant terminé le processus de résorption.

Le mécanisme de la résorption des racines des dents doit être cherché, selon Steinhoff, dans des causes externes ; de fréquents traumatismes peu violents, même provoqués par les mouvements des autosites et l'exercice d'une pression prolongée occasionnée par la position de la tumeur ou du porteur de la tumeur.

Steinhoff mentionne encore un autre cas de régression qui n'a ni les symptômes de la carie ni ceux de la résorption ou de la déminéralisation.

Dans quelques-unes de ces dents, il nota l'absence partielle de l'émail ou la présence d'un émail tellement ramolli que l'on pouvait facilement l'enlever par le simple grattage. La dentine était tellement dure qu'il ne pouvait s'agir de développement, mais bien de régression. D'après Steinhoff, il s'agirait de déminéralisation qui serait occasionnée par le contenu acide du kyste.

Ces phénomènes de dégénérescence peuvent augmenter et ainsi évoluer vers la carie dentaire apparente.

Jules Steinhoff rencontra deux cas présentant des défec-tuosités de la couronne et que l'on aurait pu prendre au premier abord pour une carie dentaire. Un tissu teinté de sang, remplissant la cavité, occasionnait cette décoloration, mais une fois cet amas de tissu peu adhérent enlevé, on se trouvait en présence d'une cavité ayant la couleur naturelle ; la dentine présentant ici là même résistance que partout ailleurs. Des constatations semblables ont conduit les uns et les autres à conclure que les dents trouvées dans les tératomes étaient cariées.

E. Potherat (1) a eu l'occasion de présenter une pièce à la Société de Chirurgie en 1920. Il s'agissait d'une dent cariée (observation n° VII) : cette dent était une dent molaire petite, c'était la seconde fois que l'auteur observait pareille lésion sur une dent provenant d'un kyste dermoïde de l'ovaire. C'était, d'après Potherat, une carie superficielle de la couronne. Ce fait est intéressant, car il permet de se demander par quel mécanisme une dent incluse dans un kyste dermoïde peut se carier !

Potherat prétend que cette carie dentaire serait d'origine

(1) *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1920, p. 930.

trophique, neurotrophique sans doute, sans intervention de microbes.

Cette théorie est en opposition formelle avec la théorie de Magitot qui rattache la carie à l'action des microbes intrabuccaux si nombreux !

Aussi cet auteur, et avec lui Lannelongue, conteste-t-il l'existence de la carie dans les dents dermoïdes.

D'après Magitot, et Pozzi adopte cette théorie, il s'agirait là, non de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption.

Pont a constaté (observation n° X) dans le cas qu'il a eu l'occasion d'examiner, que la plupart des dents, les incisives en particulier, présentaient au niveau de leur couronne des pertes de substance simulant la carie dentaire.

Comme on le voit, ces lésions sont fréquentes chez les dents provenant de kystes dermoïdes. Pour M. Pont, il ne s'agirait ni d'usure (Magitot et Pozzi), ni de carie (Potherat), mais simplement de troubles dysplasiques de l'émail ; les dents examinées par lui, présentaient des cavités remplies d'une substance molle, gélatineuse et aussi translucide !

MM. Mac Eccles et Hopewell-Smith (1) n'admettent pas, eux aussi, avec Magitot et Pont, l'existence de la carie. « Quoique les dents « dermoïdes » présentent des malformations ou une morphologie contraire aux dents normales, on ne peut mettre en évidence aucun processus pathologique que l'on puisse appeler « carie ».

Comme on peut en juger, ces caries sont loin d'être scientifiquement démontrées, ne pourrait-on pourtant concevoir l'existence de phénomènes infectieux dans les tératomes, car certains auteurs n'ont-ils pas signalé des altérations tuberculeuses très nettes ?

(1) *Dental Cosmos*, 1912, p. 1379.

CHAPITRE V

RADIOGRAPHIE DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE AVEC DENTS INCLUSES

La radiographie est, dans certains cas, d'une aide puissante pour affirmer le diagnostic de kystes dermoïdes de l'ovaire avec dents incluses.

Quelques auteurs ont eu l'idée de radiographier de semblables tumeurs, ils ont ainsi pu prévoir l'existence de dents implantées sur des fragments osseux ; mais malgré tout, les observations radiologiques de kystes dermoïdes de l'ovaire sont rares. Les quelques cas relatés dans la littérature se rapportent surtout à des kystes dermoïdes de l'ovaire découverts à l'intervention chirurgicale, ou dont les concrétions calcaires dentiformes avaient été confondues sur la radiographie avec un calcul des voies urinaires.

Il semble pourtant que, d'après les quelques observations que nous avons pu recueillir, il soit possible de poser avec certitude le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire par l'examen radiologique avant d'être confirmé par l'examen clinique et par l'opération chirurgicale.

Les observations que nous allons donner, montreront bien les renseignements précieux que peut donner l'examen radiologique avant l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION XV

Mme B..., âgée de 37 ans, originaire de Palestine, avait ressenti, en 1913, au cours d'une première grossesse, de violentes douleurs dans le rein gauche, s'irradiant à la vessie et s'accompagnant de vomissements, les urines contenaient de l'albumine et du pus. Les

mêmes phénomènes douloureux se reproduisirent, en 1917, à l'occasion d'une deuxième grossesse, accompagnés de pyurie, d'hématurie et de fièvre. Enfin, en 1920, nouvelle crise douloureuse si violente qu'on dut recourir à la morphine.

La malade est adressée le 1^{er} Juillet dernier à M. Aimé, par son confrère M^{me} Nageotte, pour un examen radiologique de l'appareil urinaire.

L'examen radiologique des reins montre que les ombres rénales sont normales comme situation et comme contours et qu'il n'y a

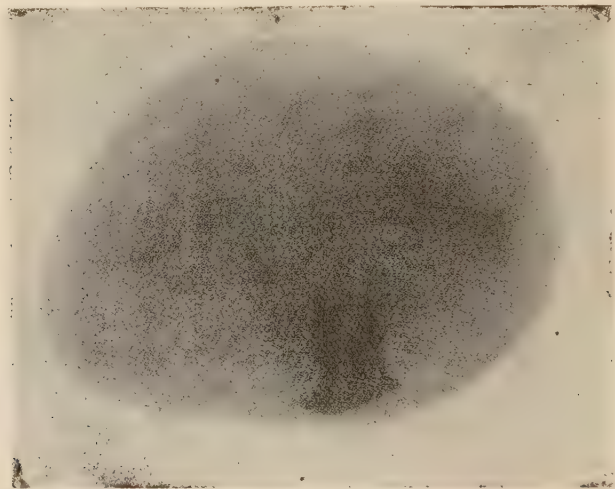


Fig. 12

aucune ombre qui puisse être interprétée comme étant celle d'une concrétion calculeuse opaque. On ne voit rien d'anormal du côté des bassinets et des uretères. On remarque, par contre, au niveau des dernières vertèbres sacrées, masquant en partie le coccyx, une tache opaque à contours arrondis et réguliers d'un côté, irréguliers et comme ramifiés de l'autre, qui fait penser tout d'abord à un calcul.

Un examen plus approfondi montre que ce pseudo-calcul qui mesure deux centimètres environ sur deux centimètres est entouré d'une coque ovoïde dont le grand axe est parallèle au rebord de l'ombre sacrée et mesure 9 centimètres 5, le diamètre transversal étant de huit centimètres. La situation de cette masse ovoïde renfermant une concrétion opaque permettait le diagnostic radiologique de kyste dermoïde de l'ovaire. Seule, en effet, une vessie à parois épaissies, adhérente, rétractée et contenant un calcul, aurait pu donner une image approchante. Le Docteur Wolfrohm, examinant la malade le 4 Juillet, constata par le toucher vaginal la pré-

sence d'une masse située dans le cul-de-sac droit, de la grosseur d'une orange, bien mobile et ayant une consistance ferme un peu élastique. Il ne perçoit pas les reins à la palpation et constate à la cystoscopie un double orifice urétéral gauche. Le plus bas situé de ces orifices présente une légère hyper-vascularisation que l'on constate d'ailleurs aussi autour de l'orifice urétéral droit unique.

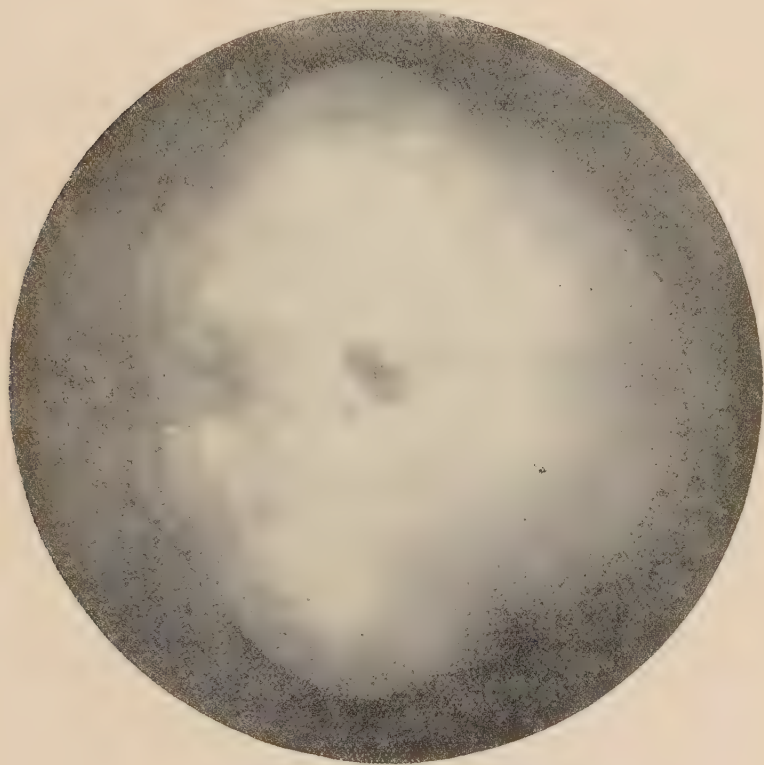


Fig. 13

La malade fut opérée le 16 Juillet, par le Docteur Dubouchet et sortit guérie au bout de quinze jours. Actuellement, tous les troubles urinaires ont disparu. Il n'y a plus de phénomènes douloureux dans le flanc gauche ni dans la région vésicale. Il subsiste encore, de temps à autre, de petites poussées d'élévation de température.

L'opération chirurgicale consista en l'extirpation d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Ce kyste, dont les dimensions sont exactement superposables à celles de la coque mise en évidence par la radiographie, était inséré, par un long pédicule, sur la corne gauche de l'utérus, mais se trouvait à droite et en avant du corps

utérin. L'utérus tordu sur lui-même inclinait fortement à droite sa face antérieure.

La radiographie faite après l'opération montre l'image de la dent qui se trouve à l'intérieur et confirme l'absence de calcification de la paroi.

Paul Aimé.

Journal de Radiol. et d'Electr. N° 5, Mai 1925.

OBSERVATION XVI

Kyste dermoïde de l'ovaire droit avec productions dentaires décelées à la radiographie et pouvant faire penser à un calcul de l'uretère droit.

Il s'agissait d'une malade de 40 ans.

À la suite de l'examen clinique, on avait porté d'abord le diagnostic d'appendicite chronique avec salpingo-ovarite droite chez une femme présentant, en outre, un rein mobile droit.

Une radiographie du petit bassin faite par le Docteur Infroit montra l'existence d'une tache triangulaire, à sommet externe, et dont la partie centrale restait claire, tache située à deux travers de doigts au-dessous de la symphyse sacro-iliaque. On opéra la malade et on retira un superbe kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Ce qui fut intéressant, c'est que l'examen du kyste de l'ovaire a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde et que, à l'intérieur de ce kyste, existaient deux dents soudées l'une à l'autre ; ces dents étaient manifestement l'origine de la tache à forme si spéciale triangulaire décelée par la radiographie.

Le Docteur Masson, de l'Institut Pasteur, ayant examiné la pièce opératoire trouva que l'une des deux dents avait la forme assez nette d'une incisive, alors que l'autre rappelait très vaguement la forme d'une molaire.

A. Gosset.

Bull. et Mém. Soc. de Chir. Année 1923, p. 707.

OBSERVATION XVII

Il s'agissait d'une malade âgée de 27 ans. Elle avait présenté d'abord une douleur abdominale diffuse, qui plus tard en imposa pour des coliques avec nausées sans vomissements. On diagnostiqua d'abord, en présence de semblables symptômes, une colique rénale due à un calcul ; mais l'examen radiographique révéla deux dents au niveau de la région pelvienne, les canaux radiculaires étaient très visibles sur la plaque.

La radiographie des reins ne montrait l'existence d'aucun calcul.

Après avoir été envoyée dans un service de chirurgie, la malade se mit à avoir de violentes nausées suivies de vomissements abondants ; son ventre commença à se distendre et à présenter du tym-

panisme. L'examen montra une compression des uretères et bientôt les signes d'obstruction intestinale s'installèrent. Immédiatement avant cette crise, elle avait présenté une abondante émission d'urines, faisant penser que les symptômes rénaux observés dès la première heure étaient dus à une hydronéphrose temporaire.

La laparotomie fit découvrir deux kystes de l'ovaire enfouis étroitement dans la fosse pelvienne. Tous les deux étaient des kystes multiloculaires, contenant des cheveux et la matière sébacée habituelle ; le kyste droit contenait des dents.

Le kyste gauche, selon toute évidence, pressait sur le colon pelvien causant ainsi les symptômes d'obstruction. On enleva les deux kystes, aucune trace du tissu ovarien ou d'ovaires surnuméraires furent découverts macroscopiquement. Les suites opératoires furent normales et la malade guérit rapidement.

Les dents du kyste droit étaient aussi longues que des canines adultes ; on ne trouva aucune autre trace de dents ou de substance osseuse ; les débris montrèrent quelques zones calcifiées.

L'auteur termine en disant que, malgré cette observation, un fait demeure : c'est qu'il n'existe qu'un faible pourcentage de ces tumeurs dermoïdes décelées par la radiographie avant l'opération ou avant l'autopsie.

Fagge.

American Journ. of Obstetrics et Gynec.
page 496, Février 1921, N° 5.

OBSERVATION XVIII

Ch. Dunet a eu l'occasion de présenter des radiographies de deux kystes dermoïdes de l'ovaire enlevés par le Professeur Bérard, de Lyon.

« Les radiographies montrent l'existence de nombreuses dents à l'intérieur de ces kystes, mais ceci est un fait banal. Le point intéressant sur lequel nous voulons insister est le suivant : le nombre des dents ou des germes dentaires est le même de chaque côté. Il est difficile d'apporter un chiffre absolu à cause de la superposition des ombres ; quoi qu'il en soit, il semble y avoir de chaque côté 17 à 18 dents ou germes dentaires.

A côté d'ombres dentaires tout à fait caractéristiques, il existe d'autres ombres très irrégulières, polymorphes, qui correspondent vraisemblablement à des dents malformées et même monstrueuses.

La plupart des dents sont réduites à leur couronne dont il est facile de compter les cuspides, dont le nombre n'est jamais supérieur à trois. L'on peut cependant noter la présence d'une dent parfaitement formée avec sa couronne, sa racine, un canal radiculaire et une cavité pulpaire très visibles. Toutes ces formations dentaires sont disposées sans ordre et ne semblent répondre à aucune orien-

tation, contrairement à l'affirmation de certains auteurs. M. Dunet termine en disant que la symétrie absolue de ces deux kystes dermoïdes, démontré, par la radiographie, semble un argument en faveur de la théorie blastomérique.

Ch. Dunet.

Lyon-Médical, n° 18, 25 sept. 1922, p. 815.

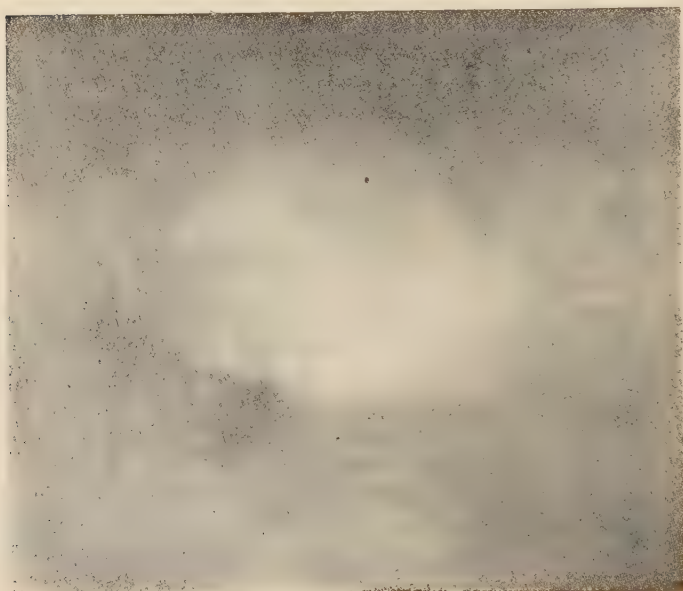


Fig. 14

Radiographie montrant les contours d'une vessie pleine d'air recouverte par l'ombre d'un kyste dermoïde contenant des dents et un maxillaire inférieur.

Comme on le voit d'après ces observations, la radiographie sera d'une grande ressource en vue de faciliter le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire. Elle permettra en outre, de ne pas confondre une pareille tumeur avec des calculs rénaux :

Les observations XVI et XVII montrent bien comme il est difficile, en l'absence de radiographie, de formuler un diagnostic exact.

La radiographie fournira, en outre, la possibilité d'avoir des contours de kyste dermoïde de l'ovaire, alors même que sa paroi n'est pas imprégnée de sels calcaires.

Concluons, en disant qu'un examen radiographique devrait être fait chaque fois que l'on suspecte un kyste dermoïde de l'ovaire. Il est bien probable qu'une dent ou une plaque osseuse offriront une ombre assez nette pour qu'un diagnostic précis puisse être posé et que l'intervention chirurgicale, par conséquent, puisse être faite précocement et en toute sécurité.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE AVEC DENTS INCLUSES

L'étude de la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire a donné lieu à de nombreuses et fort ingénieuses théories. Malheureusement le développement de ces kystes dermoïdes de l'ovaire est loin d'être élucidé, en particulier au point de vue spécial de l'évolution des dents.

Voilà ce que dit Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, au sujet de la pathogénie de ces tumeurs :

« La théorie qui faisait de ces kystes le produit d'une grossesse extra-utérine mérite à peine d'être mentionnée, quoiqu'on ait souvent rencontré ces productions chez les enfants. La théorie de la diplogénèse par inclusions fœtales est aussi inadmissible et la présence d'un nombre excessif de dents suffit à la ruiner ».

Alors est apparue la théorie de la parthénogénèse, formulée d'abord par Waldeyer, puis reprise et défendue par Mathias Duval et Repin ; elle explique les faits de la façon suivante : l'ovule aurait, chez l'homme, la propriété de se développer sans fécondation préalable, il résulterait de cette segmentation spontanée de l'ovule un embryon monstrueux inclus dans l'ovaire : c'est-à-dire une tumeur tératoïde.

Le kyste dermoïde serait, d'après cette théorie, le résultat de ce pouvoir de segmentation de l'œuf non fécondé ; un ovule dans l'ovaire du porteur se segmente et arrive à la formation d'une ou deux assises blastodermiques ; suivant

le degré de ce développement, le dermoïde ovarien est constitué soit par le feuillet cutané seul ou prépondérant, ce qui est la grande majorité, soit en même temps par des éléments issus du feuillet moyen (cartilage, os, muscles) ou ce qui est rare, de feuillet interne (intestin).

On s'expliquerait encore que ces kystes soient généralement mixtes, muco-dermoïdes ; à la dégénérescence de l'ovule s'associerait une prolifération consécutive de l'épithélium du follicule de Graaf.

Cette théorie, si séduisante au premier abord, est passible de plusieurs objections graves qui suffisent à la ruiner ; la plus sérieuse objection est que, d'après Bonnet, la parthénogénèse n'existerait pas chez les vertébrés.

En effet, cette parthénogénèse qui existe chez certains invertébrés, n'aurait jamais été démontrée chez les vertébrés (Bonnet) ; d'une part, des cas de prétendue segmentation de l'ovule sans fécondation, tels que ceux rapportés par Morel (de Strasbourg), par Steinlein, qui a vu un kyste dermoïde tout petit dans un follicule de Graaf, ne sont à l'abri de la critique, et on ne peut, pour certains auteurs, écarter absolument la possibilité d'une fécondation passée inaperçue ; d'autre part, pour d'autres auteurs, les figures de prétendues divisions ne sont pas comparables à la segmentation de l'ovule fécondé, ce sont de simples figures de dégénérescence (Bonnet).

On peut opposer aussi une objection également capitale à la théorie de la parthénogénèse : c'est la possibilité du développement du kyste dermoïde ailleurs que dans l'ovaire, kystes dont la structure est identique à celle des dermoïdes ovariens ; par exemple, dans le testicule ou dans le médiastin, il est impossible d'admettre la segmentation d'un ovule !

Une troisième théorie est alors apparue : c'est la théorie formulée d'abord par Verneuil et qui fut acceptée par la suite par Lannelongue et Achard : c'est la théorie de l'enclavement ectodermique, qui semble guère plus soutenable.

Elle admet que pendant la vie intra-utérine, certaines parties du blastoderme ont été enclavées au milieu des tissus par suite d'une sorte de pincement. Dans ce pli cutané, emprisonné plus ou moins profondément, vont s'accumuler

les produits épidermiques et cutanés : sébum, poils, sueurs, déchets cornés.

Cette théorie est relativement acceptable pour les kystes dermoïdes du cou, par exemple, qui sont superficiels ou pour les kystes dermoïdes simples, à contenu pileux. Malheureusement, elle ne l'est plus pour les kystes dermoïdes génitaux, qui sont des tumeurs profondes, comme celles de l'ovaire, et qui renferment des dérivés des trois feuillets blastodermiques. A plus forte raison, elle cesse d'être applicable aux kystes dentifères.

Enfin, une quatrième théorie a été émise ; elle est issue et a été admise généralement aujourd'hui à la suite des travaux de Bonnet et de Roux.

C'est la théorie qui fait dériver les kystes dermoïdes de l'ovaire de l'enclavement au milieu des feuillets de l'embryon en voie de développement, soit d'un globule polaire fécondé, soit d'un blastomère séparé des autres et évoluant pour son propre compte (le globule polaire étant considéré aujourd'hui comme un œuf abortif).

En d'autres termes, les expériences de Roux et de ses élèves ont montré, que si de la blastula en segmentation, on isolait artificiellement un blastomère, il était capable de vivre dans un milieu propice, de se segmenter et de donner naissance non pas à un segment d'embryon, mais à un embryon complet plus ou moins développé.

Par conséquent, si on trouble mécaniquement l'évolution normale de ces cellules primitives, on constate que chacun de ces blastomères peut produire soit un embryon plus petit, soit un embryon incomplet, soit un véritable tératome, les tératomes de l'ovaire, les kystes de l'ovaire seraient donc produits par le développement monstrueux d'un blastomère primitif, isolé dès les premiers stades du développement de l'ovule et évoluant pour son propre compte (Faure et Siredey). D'après Bégouin, ces kystes dits hier dermoïdes, doivent donc être appelés des embryomes kystiques et, dans leur plus haut degré de complexité, ils se confondent avec les tératomes.

Bonnet a appliqué ces données expérimentales à la pathogénie des embryomes.

Si on suppose, dans la blastula, une inclusion, un encla-

vement d'un des blastomères primitifs, ce blastomère évoluant pour son propre compte pourra donner, inclus dans le corps de l'embryon, un embryon plus petit, un embryon incomplet ou un embryon mal développé, c'est-à-dire un embryome.

Par conséquent, rien d'étonnant à ce que l'embryon siège le plus souvent dans la zone génitale, future glande sexuelle, occupant la majeure partie de la région prévertébrale ; mais cela n'exclue pas la possibilité de son développement dans d'autres régions de l'organisme.

Pour M. Marcel Baudouin, les kystes dermoïdes abdominaux et thoraciques, donc de l'ovaire et du médiastin, ne sont pas autre chose que des tératomes, représentant l'un des sujets composants d'un monstre double, dont l'autre n'est que le sujet porteur. Donc, dans le cas de kyste de l'ovaire avec ou sans dents, le porteur est une femme, et le deuxième sujet du monstre double est le kyste qui a ou non des dents.

Or, ce kyste, en vertu de la loi (qui ne supporte aucune exception) relative au sexe des composants du monstre double, doit être un sujet féminin réduit à ses dents ou à un autre organe. D'après lui, le cas de Péraire, où le kyste présentait des cheveux blonds, à mèche longue de 1^m60 (caractère féminin), c'est-à-dire de la même couleur que ceux de la malade, tendrait à le prouver.

Evidemment, la question du sexe, capitale au point de vue de la conception de Marcel Baudouin, est très délicate à étudier en ce qui concerne les dents. Mais comme on l'a vu, elle est soluble quand il y a des cheveux dans le kyste.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes de l'ovaire s'observent à tous les âges de la vie, dans une proportion de 3,5 pour cent par rapport aux kystes mucoïdes. Ils contiennent constamment de la matière sébacée, et des cheveux, moins fréquemment des dents implantées parfois sur de véritables maxillaires. Plus rarement, on y observe de la substance cérébrale, du tissu nerveux, du tissu conjonctif, du tissu adipeux ; des rudiments d'appareils digestifs et d'appareils respiratoires.

Le nombre des dents trouvées dans les kystes dermoïdes de l'ovaire est très variable ; le plus souvent, il ne dépasse pas cinq, quoique certains auteurs comme Schnabel en ait trouvé 100 et Autenricth jusqu'à 300 !

Ces dents se trouvent le plus souvent implantées sur un massif osseux, qui, dans certains cas, peut avoir tout à fait l'apparence d'un maxillaire.

La plupart du temps, elles ne possèdent pas de racines. Quand elles en ont, ces racines n'atteignent pas leur développement normal. Leur couronne est imparfaite. Elles ne présentent aucune forme définitive et sont souvent disposées irrégulièrement, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Les types de dents le plus souvent observés sont les grosses molaires et prémolaires, qui ont l'aspect de dents permanentes, plus rarement temporaires.

L'examen histologique d'une dent provenant d'un kyste, nous a montré que le ciment est extrêmement mince (40 millièmes de millimètre d'épaisseur), qu'il manque parfois. L'émail est aussi très mince (15 millièmes de millimètre d'épaisseur).

Ces dents présentent souvent des phénomènes de dégénérescence, allant jusqu'à la résorption.

Fréquemment, elles semblent cariées, mais pour certains auteurs, cette carie serait d'origine neutrophique (Potherat) ; ce serait un phénomène d'usure et de résorption (Magitot et Pozzi) ; de troubles dysplasiques de l'émail (Pont).

La radiographie sera d'une aide puissante dans l'établissement du diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire contenant des dents, elle fournira des contours du kyste et leurs images.

La pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire est encore très obscure. Plusieurs théories ont été émises :

- 1^o Celle de la parthénogénèse (Waldeyer).
- 2^o Celle de l'enclavement ectodermique (Verneuil).
- 3^o Théorie blastomérique.

Cette dernière, la plus généralement admise aujourd'hui, nous semble la plus vraisemblable.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Paul Aimé.** — Le diagnostic radiologique des kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Journ. de Radiol. et d'Electr.*, mai 1925, n° 5, page 236.
2. **M. Baudouin.** — La nature des dents des kystes dermoïdes de l'ovaire. — *La Semaine Dentaire*, 13 septembre 1925, page 913.
3. **A. Chueco.** — Voluminoso quiste dermoideo de l'ovario izquierdo, conteniendo un rudimento de maxilar, partes oseas, pelos, materias sebáceas, innelas y dientes, extirpado por colopotomia anterior. — *Le Semana Medica.* — Buenos-Ayres, 5 octobre 1922. Page 679.
4. **Dunet.** — Radiographie de kystes dermoïdes dentifères bilatéraux de l'ovaire. — *Lyon Médical*, 1922, page 815.
5. **Duplay et Reclus.** — *Traité de Chirurgie.*
6. **Forgue.** — *Précis de Pathologie externe.*
7. **Godard et Bouland.** — A propos d'un kyste de l'ovaire contenant des dents. — *Bulletin Société Anatomique*, juin 1926, et *La Semaine Dentaire*, 31 mai 1925, page 548.
8. **Gosset.** — Kyste de l'ovaire droit avec productions dentaires décelées par la radiographie et pouvant faire penser à un calcul de l'uretère droit. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1913, page 707.
9. **Haller.** — A propos de kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Paris Chirurg.* 1922, page 588.
10. **Küster.** — Ueber die Sackniere. — *Dent. Med. Woch.*, 1888, n° 19 et 22.
11. **Labadie, Lagrave et Legueu.** — *Traité de Gynécologie.*
12. **Lejars.** — Diagnostic chirurgical. — Paris, 1923.
13. **Lecène.** — Exploration clinique et kyste dermoïde de l'ovaire, présence de glande thyroïde dans la paroi du kyste. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1902, page 485.
14. **Le Dentu et Delbet.** — *Traité de Chirurgie.*
15. **Mac Clellan.** — Ovarian dermoid cysts : Etiology, Diagnosis and treatment. — *The American Journ. of Obstetrics and Gynecology.* — Février 1921. — N° 5, page 493.

16. **Mac Eccles and Hopewell-Smith.** — Dermoid teeth or teeth developed in Teratomata. — *Dental Cosmos*, 1912, page 1379.
17. **Péraire.** — Kystes dermoïdes de l'ovaire bilatéraux. — *Paris Chir.*, 1922, page 607.
18. **Planchu et Gandon.** — Deux cas de kystes dermoïdes de l'ovaire. Présence de dents et de tissu thyroïdien. — *Lyon Médical*, 1923, page 1009-1011.
19. **Pont.** — Etude sur les dents d'un kyste dermoïde de l'ovaire. — *La Semaine Dentaire*, 8 août 1926, page 661.
20. **Potherat.** — Kyste dermoïde de l'ovaire avec dents multiples. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919, page 445.
21. **Potherat.** — Kyste dermoïde de l'ovaire avec dent cariée. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919, page 445.
22. **Potherat.** — Kyste dermoïde de l'ovaire et tumeur épithéliale exogène. — *Bull. et Mém., Soc. Chir.* 1920, p. 1002.
23. **Potherat.** — Deux kystes de l'ovaire chez la même malade. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919.
24. **Potherat.** — Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire gauche et double kyste dermoïde de l'ovaire droit chez la même femme. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919, p. 385.
25. **Pozzi.** — *Traité de Gynécologie.*
26. **Santy et Dunet.** — Tumeur mixte de l'ovaire muco-dermoïde dentifère à papille externe. — *Lyon-Médical*, 1922, p. 813.
27. **J. Steinhoff.** — Les dents dans les Tératomes. — *Viertel Zahnschrift für Zahnheilkunde*, 1923, n° 4, p. 559-560.
28. **J. Steinhoff.** — Les dents dans les ovarial-tératomes. — *Archiv. für Gynécologie*, 1923.
29. **Musée Dupuytren.** — Kyste dermoïde de l'ovaire contenant des dents. — Pièces anatomiques.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Lejars.

Vu : *Le Doyen,*
Roger.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Charlety.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I.	
Généralités.....	3
Chapitre II.	
Observations.....	9
Chapitre III.	
Examen histologique d'une dent provenant d'un kyste dermoïde de l'ovaire.....	21
Chapitre IV.	
Des dents contenues dans les kystes dermoïdes de l'ovaire.....	27
Chapitre V.	
Radiographie des kystes dermoïdes de l'ovaire avec dents incluses.....	37
Chapitre VI.	
Pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire avec dents incluses.....	45
Conclusions.....	49
Bibliographie.....	51

Soe. Réo. Imp. & Pub. (DORMANN ÉTAMPES)

